ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	7
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Dirección de Calidad de Servicios de Salud – Subdirección Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.	**CONTRATO No.** 8195136	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 21/08/2025 Fecha de Terminación: 31/07/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** 346 DIAS **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **Diana Patricia Fonseca Corredor**		Fecha de Inicio (Prórroga Fecha de Terminación (Prórroga): * **SUSPENSIÓN**
SUPERVISOR (Nombre y cargo): **Mariana Barros Cadena - Subdirección de Inspección Vigilancia y Control – Subdirectora Técnico Código 68 Grado 06**		Fecha de Inicio (Suspensión): Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): **PERIODO DEL INFORME:** **01/03/2026 – 31/03/2026**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales en la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud para el apoyo en la implementación y fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de servicios de Salud. .		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 74.494.000
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 41.629.000
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 6.573.000
SALDO POR EJECUTAR:	$ 26.292.000

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES	**AVANCE ACTIVIDADES**	**EVIDENCIAS O SOPORTE**

(Las estipuladas en la minuta del contrato)	(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	(Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1 Realizar acciones relacionadas con el procedimiento de seguridad y salud en el trabajo, y demás normatividad vigente en lo relacionado con la expedición de licencias, trámites de PQRS y recursos interpuestos por persona natural y jurídica, validación documental, entre otros, de competencia de la subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de servicios de salud de acuerdo con la coordinación realizada con el supervisor del contrato.	Se realizan acciones correspondientes, con el proceso de Licenciamiento seguridad en Salud en el Trabajo, como son: 1.1 Validación de tramites PN en el aplicativo web del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS: 210 1.2 Elaboración de Licencias PN: 160 1.3 Subsanación: 102 1.4 Revisión de licencias. 60 1.5 Se realiza consolidación de las bases para la elaboración de licencias PN y PJ: 8	1.1 PDF. Base validación de tramites PN. 1.1.PDF. Base validación de trámites PN.pdf 1.2 PDF Base de licencias elaboradas persona natural. 1.2. PDF Base de licencias elaboradas PN.pdf 1.3. PDF: Base Subsanación 1.3.PDF BASE SUBSANACION.pdf 1.4PDF Revisión de licencias 1.4. PDF Revisión de licencias.pdf 1.5 La base de elaboración de licencias, por contener información sensible no se adjunta, (Puede ser solicitada con la referente del proceso Dra. María de Jesús Olivo)
2. Dar respuesta adecuada y oportuna a los requerimientos que le sean asignados en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control de servicios de salud, en el proceso de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente y las políticas de la entidad.	2.1 Se realizan actividades de validación de títulos académicos y respuesta de correos a externos 130 2.2 Matriz de productividad	2.1 PDF. Correos solicitud de validación de títulos 2.1 PDF. Correos solicitud de validación de títulos y respuesata a correos.pdf 2.2 PDF Matriz de productividad 2.2.Productividad SST MARZO2026.xlsx
3. Atender al cliente interno y externo en temas relacionados con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), en el proceso de seguridad y salud en el trabajo y acciones de inspección vigilancia y control de servicios de salud de acuerdo con los parámetros señalados por el Supervisor del contrato, lo establecido por la entidad para tal fin y las necesidades del servicio.	3 -Se realiza asesoría de tramite al ciudadano vía telefónica:70	3. Formato atención telefónica 3.0 Atención telefónica marzo.xlsx
4. Realizar seguimiento y actualización a los diferentes sistemas de información manejados en la dependencia, bases de datos y expedientes digitales, que se generen en el marco de la ejecución del	41.Se radica informe y evidencias en Agilsalud 4.2 Se sube el informe al Drive y al SECOP	4.1Radicado Agilsalud 2026-IE-11440 4.1. Radicado AGILSALUD 2026-IE-11440.pdf 4.2 PANTALLAZO SECOP Y DRIVE

contrato, en los plazos establecidos y cuando haya lugar a ello.		4.2 PDF SOPORTE CARGUE DE INFORME Y EVIDENCIAS AL SECOP Y AL DRIVE.pdf
5.Asistir a las reuniones internas y/o externas, talleres ético-normativos dirigidos a la homologación de criterios para el ejercicio de las visitas de inspección, vigilancia y control y demás actividades programadas, de acuerdo con la coordinación que se efectué con el supervisor del contrato.	5.1. Reunión mensual. Seguimiento avances equipo LSST	5.1 Acta reunión mensual 5.1 Acta reunión mensual.pdf

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado:
NO APLICA

DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	Sanitas	Empresa:	Colfondos	Empresa:	Sura
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	328.700	Suma cancelada:	420.700	Suma cancelada:	13.800
No Planilla:	1080423392	No Planilla:	1080423392	No Planilla:	1080423392
Mes(es) cancelado(s):	MARZO	Mes(es) cancelado(s):	MARZO	Mes(es) cancelado(s):	MARZO

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	No Aplica	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	No Aplica	Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):	No Aplica

FIRMA DEL CONTRATISTA

CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Patricia Fonseca Corredor**
	FIRMA:
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52496367

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 64,71% de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:** NO APLICA

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

Nº	***Descripción del Riesgo***	***¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)***		***Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)***
		SI	***NO***	
1	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		*X*	NO APLICA
2	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		*X*	NO APLICA
3	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matricula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen		*X*	NO APLICA

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:** **MARIANA BARROS CADENA**
	FIRMA: El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **MARIA DE JESUS OLIVO**
	FIRMA: El presente informe es suscrito por el apoyo a la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP

NOTAS:
** El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.*
** Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.*
** Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.*

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-03-11, 06:45:54 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1080423392

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202603

Cliente:

PAGADA 2026-03-11 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR				
Documento	CC 52496367	**Dirección**	CR 39D #5 A - 52 TORRE 1 APTO 409		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6015308012		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52496367		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					FONSECA CORREDOR DIANA PATRICIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**						**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	0			$ 2.629.200	231001		16 %	$ 2.629.200	$ 420.700	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 2.629.200	$ 328.700	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 2.629.200	$ 13.800	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 420.700	$ 0	$ 0	$ 328.700	$ 13.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 763.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

ARL

Medellin, 25 de marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR** con documento de identidad **C52496367**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** con NIT **N800246953**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2026-01-27	2026-07-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL DC	0000000001	1	0.522	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 603462

Usuario Dilig: ACBOTELLO
Fecha de Impresión: 25/03/2026
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	06-MAR-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	DIANA PATRICIA FONSECA CORREDOR	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	AK 50 1 96 CA BRR	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	52496367	Banco/Sucursal:	BANCOLOMBIA	Cuenta No/Clase:	24427856701/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	8195136	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

CTO-NO8195136-PLANILLA OGI_VIGENCIA-FEBRERO 2026-PERIODO DE:01-feb 28-feb-2026

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor
O2-3-01-17-019-03-20240137-233175000	01	12013	$6.573.000,00

Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-004-11	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
205	O2-3-01-17-019-03-20240137-233175000	332	IVC-Prestación de servicios al FFDS - SDS	$6.573.000,00

VR BRUTO	SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS	$6.573.000,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$6.573.000,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$6.573.000,00	2-4-36-90-0007	$131.460,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$5.759.500,00	2-4-36-27-0001	$44.118,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$6.573.000,00	2-4-36-90-0003	$32.865,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$208.443,00
VALOR NETO A GIRAR	SEIS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS	$6.364.557,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

ANGELICA CELINA BOTELLO QUINTANA
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos